1913

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Veit.

STANFORD UNIVERSITY JAN 21 1921

Die Methoden des Kaiserschnittes seit der Veröffentlichung von Frank und die seit 1907 in der Frauenklinik zu Halle behandelten Kaiserschnittsfälle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie

mit Genehmigung der hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Georg Scholz
prakt. Arzt
aus Gallenau.

Halle a. S.
Hof-Buch- und Steindruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg.

Referent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **Veit.**

Roux
z. Z. Prodekan.

Herrn Sanitäts-Rat Dr. Mangold

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0543

Um die Indikationsbreite des klassischen Kaiserschnittes zu erweitern, um also auch bei nicht ganz sicher reinen oder gar infizierten Fällen für Mutter und Kind bei der Unmöglichkeit der Geburt per vias naturales trotzdem günstige Resultate zu erzielen, gab Fritz Frank im Jahre 1907 ein Verfahren an, welches durch Verlegen der Uteruswunde in den extraperitonealen Teil des Uterus eine Infektion des Peritoneums verhindern sollte. Frank machte sich dabei die anatomischen Verhältnisse des Peritoneums von Blase und Uterus zunutze. Wie nämlich durch Füllung der Blase, so wird auch durch die Retraktion des schwangeren Uteruskörpers die plica vesico-uterina durch Zug am Bauchfell abgeflacht und nach oben verzogen. Dazu kommt nun noch, daß durch die Schwangerschaftshypertrophie der Uterushals in seinem extraperitonealen Teil — unteres Uterinsegment — eine Vergrößerung erfährt. Beide Umstände bewirken, daß der extraperitoneal gelegene Uterusabschnitt auf Kosten des intraperitonealen verlängert wird. Nun machte Frank ferner darauf aufmerksam, daß das Peritoneum der Umschlagfalte von der Blase auf dem unteren Uterinsegment beweglich ist, daß es sich leicht vom Uterus abheben lasse und daß dieses abgehobene Peritoneum mit dem parietalen vereinigt und so ein Abschluß gegen die freie Bauchhöhle erzielt werden könne.

Frank ging nun so vor, daß er in Beckenhochlagerung die Bauchdecken ungefähr 2 Querfinger breit über

der Symphyse quer durchtrennte, den Peritonealsack in einer Länge von 9—10 cm in der Schnitthöhe quer eröffnete, die Umschlagstelle des Peritoneums abhob und aus ihr und dem vorderen Blatt des Parametriums einen Lappen bildete, indem er das Blasenperitoneum an der Grenze des festsitzenden Teils in querer Richtung spaltete und diesen Lappen mit dem parietalen Peritoneum der Bauchdecken sorgfältig vereinigte. Nachdem er so einen ziemlich sicheren Abschluß der Bauchhöhle erzielt hatte, schnitt er den Uterus in dem nun extraperitoneal liegenden unteren Uterinsegment ein und entwickelte aus dieser Öffnung das Kind mit dem Kopf voran. Es wurde nun die Wunde schichtweise vernäht, ohne daß vorher die peritonealen Nähte gelöst wurden.

Als einer der ersten baute Veit das Frank'sche Verfahren aus. Er gab mit Fromme eine ebenfalls transperitoneale cervikale Methode an, die aber doch wesentlich modifiziert ist. Nach einem von der Symphyse beginnenden, in der Linea alba verlaufenden ungefähr 12 cm langen Bauchdeckenschnitt wird das Uterusperitoneum in der Medianlinie von der tiefsten Stelle der plica vesico-uterina anfangend so weit herauf längsgespalten, als das Peritoneum beweglich dem Uterus anliegt. Es ist dies nach guter Wehentätigkeit auf eine Strecke von 10—12 cm der Fall. Das Peritoneum wird nun nach beiden Seiten hin mobilisiert und jedes dieser mobilisierten Blätter mit dem entsprechenden parietalen durch fortlaufende Naht vereinigt. Das Kind wird nun durch einen Längsschnitt in den extraperitoneal gelegenen Uterusteil ev. durch Wendung entwickelt. In nicht ganz sicher reinen Fällen, wo aber kein Fieber bestand, wurde nach guter Säuberung des Wundgebietes eine Lösung der vereinigten Peritonealblätter vorgenommen, und jedes Peritoneum für sich vereinigt. Es konnte dies getan werden, weil bei saprophytärer Zersetzung des Uterusinhaltes die Bauchhöhle nur dann gefährdet wird, wenn die in die Bauchhöhle kommenden Bak-

terien einen Nährboden in Gestalt von hineingelangtem Fruchtwasser, Blut usw. finden. Wenn aber die Peritonealhöhle trocken gehalten wird, so schaden sie nichts, das Peritoneum überwindet sie. Hauptzweck der temporären Vereinigung der Peritonealblätter ist also der, die Bauchhöhle trocken zu halten. Eine Naht der Bauchdecken wird unter allen Umständen gemacht, weil bei beginnender Eiterung ein Teil der Naht jederzeit gelöst werden kann, virulente Streptokokkeninfektion jedoch durch Offenlassen und Tamponade nicht beschränkt werden kann.

Den Gedanken des wirklich extraperitonealen Operierens suchte Sellheim zu verwirklichen. Frank war (nach Döderlein) hiervon abgebracht worden, weil er befürchtet hatte, durch das Abheben des Peritoneums von der hinteren Blasenwand lästige Blutungen und Verletzungen des Bauchfells zu erhalten. Sellheim teilte diese Befürchtungen nicht und ging so vor: Nach Pfannenstiel'schem Faszienquerschnitt wurden die beiden Lappen mit Nähten nach oben und unten fixiert, so daß die Linea alba auf eine Strecke von etwa 20 cm frei liegt. Nach Spaltung der m. recti in der Längsrichtung wurde das Peritoneum und das subperitoneale Bindegewebe von den unteren Rektusflächen abgelöst. Nun wurde die Blase zur Orientierung ihrer Grenzen mäßig gefällt, und das Peritoneum von ihr seitlich stumpf, in der Mitte unter Zuhilfenahme der Schere losgelöst. Die Blase wurde nach unten, die Bauchfellumschlagfalte nach oben abgeschoben. Es erfolgte nun die Spaltung der Cervix in der Längsrichtung. Nach Entwicklung des Kindes und manueller Planzentarlösung wurde die Uteruswunde durch doppelte Catgutnaht geschlossen, die etwas geraffte Blase mit ihrem oberen Zipfel in die Nähe der Bauchfellumschlagstelle angeheftet, die Zellgewebswunde durch quere Catgutknopfnähte verkleinert und Muskeln, Faszien und Haut geschlossen. Sellheim meinte, daß das Ablösen des Bauchfelles von der Blasenkuppe die Blasenfunktion nicht schädige, da ja

in der Schwangerschaft und unter der Geburt die Blase ohnehin immer mehr und mehr vom Bauchfell entblößt werde.

Veit hatte nun den cervikalen Kaiserschnitt sowohl für reine Fälle (Erstgebärende, bei denen trotz langer Wehentätigkeit und völlig erweitertem Muttermund der Kopf nicht eintritt, und eine Indikation von seiten der Mutter oder des Kindes zur schleunigen Erledigung der Geburt drängt, ferner bei seltneren Hindernissen, die den Geburtskanal verlegen, bei drohender Uterusruptur und lebendem Kinde, bei verschleppter Querlage mit lebender Frucht), als auch für nicht sicher reine Fälle, also für solche, wo bei sonstigen Vorbedingungen für die sectio caesarea kurz vor Eintritt der Wehen oder während der Geburt durch irgendeine Hand innerlich untersucht worden ist, angewendet wissen wollen. Dagegen wendete sich nun Sellheim, weil er meint, daß die Technik sich nur frei zu bewegen vermöge, wo sie streng unterscheidet zwischen Fällen, in denen die Asepsis sicher gewahrt und Fällen, in denen dies nicht garantiert werden könne. Während bei reinen Fällen alle Vorteile ausgenützt werden könnten, welche eine möglichst exakte und rasche Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse und physiologischen Funktionen ermöglichen, müßten bei nicht aseptischen Fällen alle diese Vorteile dem einen Prinzip untergeordnet werden: die Verwundung so einzurichten, daß der Weiterverbreitung einer vorhandenen Infektion kein Vorschub geleistet würde. Dies könnte dadurch erreicht werden, daß die Gewebe nicht auseinandergeblättert, sondern ihre einzelnen Blätter zur Herstellung einfachster Wundverhältnisse auf dem ganzen Wege von der Haut bis zur Uterushöhle zusammengefaßt würden, ohne Rücksicht auf die Zeit und Art der Nachbehandlung zu nehmen. Ein Verfahren, welches einzig dieses Ziel hat, gab Sellheim unter dem Namen „Uterusbauchdeckenfistel“ an. Der Operationsplan war folgender: Medianer Sagittalschnitt durch die Bauch-

decken und eben solchen in den schon korrespondierenden oder korrespondierend gemachten distrahierten Teil des Uterus. Die Bauchdeckenwunde wurde durch lückenloses Vernähen des peritoneum parietale mit dem Hautschnittrand zusammengefaßt. Die Bauchhöhle wurde durch eine seroseröse Naht zwischen Bauchwandperitoneum und Uterusperitoneum abgeschlossen. Das Uterusperitoneum und das Bauchfell über der angrenzenden Partie der Blase läßt sich von einem medianen Sagittalschnitt aus leicht nach beiden Seiten mobilisieren und so weit vorziehen, daß sein Schnittrand ringsum mit der Haut durch fortlaufende Naht aneinandergebracht werden kann. Dadurch wird eine genügend breite Fläche des Uterus für das Einschneiden, für das Fassen und Herausziehen der Schnittränder vor die Bauchdecken freigelegt, das Uterusperitoneum indessen mit dem Bauchdeckenperitoneum nicht nur an einer schmalen Nahtstelle, sondern auf die Dicke der ganzen Bauchdecken in innigen Kontakt gebracht. Die Blase wird im unteren Wundwinkel in der Mittellinie nur soweit vom Uterus abgeschoben, daß man ein genügendes Stück des distrahierten Uterusabschnittes zum Einschneiden frei hat. Unter sorgfältigem Schutz der Grenze zwischen Blase und Uterus und der Furche zwischen dem Uterusschnittrand und dem von ihm abgelösten peritoneum parietale wird der Uterus an der höchsten Stelle des in die Bauchwunde eingestellten Abschnittes etwa 3 cm vom oberen Wundwinkel der Bauchdeckenöffnung entfernt eingeschnitten. Bei schichtweisem Durchtrennen der Uteruswand ist man in der Lage, ehe die Uterushöhle eröffnet wird, die Uterusränder mit breiten Klemmzangen zu fassen und empor zu heben. Nach Eröffnung des Uteruslumens läßt sich die höchste Stelle des infizierten Organes mit Klemmen energisch fassen und vor die Bauchwunde ziehen. Die vorgezogenen Uteruswundränder werden nach allen Richtungen über die Ränder der Bauchwunde nach außen umgebogen und dort mit Zangen fixiert. Die Elastizität

von Bauch- und Uteruswand unter der Geburt sorgt für weitgehende Akkomodation. Nach der Geburt des Kindes lassen sich die nach außen umgebogenen Uterusränder ohne alle Spannung an den Hautrand fixieren. Die Fistelöffnung verkleiner sich rasch. Sollte sich die Fistel nicht spontan schließen, so geschieht dies leicht durch eine Nachoperation.

Eine wesentliche Verbesserung der I. Sellheim-schen Methode wurde von Latzko und Döderlein angegeben. Die bei jener häufig vorkommenden Verletzungen von Blase, oder Peritoneum (Sellheim, Pfannenstiel, Hofmeier, Küstner, Luchsinger, Uthmöller) sollte folgendes Verfahren umgehen: Nach Füllung der Blase mit 150—200 ccm Flüssigkeit Pfannenstiel'scher Querschnitt und Längsspaltung der muskulären Bauchwand. Die Blase wurde durch Eindrängen der Hand links zwischen vordere und seitliche Beckenwand nach rechts verdrängt und mit dem rechten m. rectus zusammen durch ein Plattenspatel nach rechts verzogen. Die plica vesico-uterina wurde mit einem Tupfer nach oben gedrängt. Es folgte nun die mediane, sagittale Eröffnung der Cervix. (Diese wird ebenso wie die Längsspaltung der muskulären Bauchwand seit Veit von fast allen Operateuren geübt.) Durch die mediane Schnittführung wurde eine Verletzung der Gefäße des Parametriums und des Ureters vermieden. Nach Entwicklung des Kindes und Entfernung der Nachgeburt Schluß der Uteruswand, des darüber liegenden lockeren Bindegewebes und der Bauchwand.

Döderlein verfuhr ähnlich, nur daß er den Cervixschnitt nicht median, sondern seitlich legte und die Blase von rechts nach links verdrängt. Nachdem aber E. Martin neuerdings wieder gezeigt hat, da ßdie Harnblase am Ende der Gravidität offenbar infolge der gewöhnlichen Rechtsdrehung des Uterus nach rechts verdrängt wird, so liegt die linke Kante der Blase näher der Mittellinie, und es ist

deshalb das Verdrängen der Blase von links nach rechts zu empfehlen.

Ein von den üblichen Verfahren wesentlich abweichendes von suprasymphysärer Enbung ist das von Solms als Flankenkaiserschnitt bezeichnete: Als 1. Akt wurde die Hysterotomia anterior gemacht. Nun wurde ein etwa 20 cm langer Schnitt parallel dem linken lig. Pouparti etwa ½ cm oberhalb desselben bis zur Medianlinie geführt. Nach Durchtrenung der Fazi des m. obliquus ext. wurden der m. obliquus int. und des m. transversus stumpf durchtrennt und der vaginal angelegte Cervixschnitt in die Flankenschnittwunde verlagert, um das Kind oberhalb des Beckenringes entwickeln zu können. Unter Eingehen der einen Hand in die Scheide wurde die Blase nach vorn gedrängt, während die andere vom Abdomen her die Gewebe zwischen Harnblase und vorderer Uteruswand zu durchreißen suchte. (Dieses Vorgehen suchte W. Liepmann dadurch zu verbessern, daß er nach Abschieben der Blase und Eröffnung der Cervix vaginal ein möglichst langes Blasenspekulum so zwischen vorderer Cervixwand und Blase einführte, daß es die Blase vor sich hatte, und man nun mit dem Messer auf seiner Rückseite einschneiden konnte.) Nach Extraktion des Kindes wurde die Nabelschnur in die Scheide geleitet, und, während die Nachgeburtsperiode ihren physiologischen Gang nehmen konnte, die Bauchwunde geschlossen. Das Verfahren ist zwar äußerst schwierig, hat aber große Vorzüge: Sicheres extraperitoneales Operieren, Möglichkeit der Frühoperation, leichtes Anbringen von retrovesikaler, präcervikaler Drainage, physiologischer Ablauf der Nachgeburtsperiode.

Von diesen verschiedenen transperitonealen, cervikalen und extraperitonealen Verfahren erfreute sich das von Latzko-Döderlein angegebene der größten Beliebtheit. Bei unreinen Fällen hat aber auch dieses nicht das gehalten, was es versprach: es sind, trotzdem bei dieser Methode Blase und Bauchfell am sichersten unbeschädigt

bleiben können, doch Todesfälle an retroperitonealer Phlegmone und Peritonitis beschrieben worden. (Bumm'sche und Schauta'sche Klinik.) Wenn man nun die bei weitem schwierigere Technik und die weit mühevollere Extraktion des Kindes bei diesen neuen Verfahren in Erwägung zieht, so kann man nicht von einem wesentlichen Fortschritt gegenüber dem klassischen Kaiserschnitt sprechen. So mußte auch Bumm seinen 1908 gemachten Ausspruch, „daß die extraperitoneale Methode den alten Kaiserschnitt sicher totschlagen würde, und daß jemand, der einmal den suprasymphysären Kaiserschnitt gemacht habe, niemals mehr den klassischen ausführen werde", schon 2 Jahre später zurücknehmen. Auch Veit weist darauf hin, daß das Verfahren von Döderlein selbst in der Hand seines Erfinders nicht das gehalten hat, was er erhofft hatte; er mußte einmal wegen starker Blutung aus dem unteren Uterinsegment die Methode aufgeben und den alten Kaiserschnitt ausführen. Deshalb versucht Veit das Wesentliche des suprasymphysären Kaiserschnittes, die Unmöglichkeit der Verunreinigung der Bauchhöhle unter Rückkehr zur transperitonealen korporealen Methode auf andere Weise zu erreichen. Von der Tatsache ausgehend, daß saprophytäre Elemente des Uterus, ohne einen Nährboden in der Bauchhöhle zu finden, keinen Nachteil auszuüben imstande sind, kam es ihm darauf an, die Bauchhöhle möglichst gar nicht mit dem Uterusinhalt in Berührung zu bringen und besonders dafür zu sorgen, daß nach der Operation nichts von Fruchtwasser und Blut in die Bauchhöhle läuft. Die Technik besteht in folgendem:

Schnitt in der Linea alba und Längsinzision des Bauchfells, so daß der Nabel etwa die Mitte des Schnittes darstellt. Anklemmen von Billrotbattist an das Peritoneum, um die Bauchwunde zu schützen. Die beiden Enden der Wunde werden mit Metallspekulis bedeckt, Herauswälzen des Uterus, so daß er in starker Beckenhochlagerung mit dem Fundus etwa auf die Magengrube zu liegen kommt.

Auf die desinfizierte Haut werden sterile Tücher gelegt, welche schon durch ihre Rauhigkeit ein Zurückgleiten des Uterus verhindern. Auch die vordere Wand des Uterus wird mit Tüchern bedeckt und dadurch die Bauchhöhle ganz abgeschlossen. Nun wird der Fundus nach Fritsch quer inzidiert, so daß das Kind nach unten, also nach dem Kopf seiner Mutter zu herausfällt. Die Nachgeburt folgt sofort, aber bevor das Kind ganz herausgezogen ist, wird die vordere Seite der Inzision mit einer Hakenzange gefaßt und so der Uterus am Zurückgleiten verhindert. Alles Blut und aller Uterusinhalt fließt über die Brust der Patientin. Naht des Uterus. Nach Knoten der ersten Nähte wird die Hakenzange entfernt, der Uterus an diesen Fäden fixiert und vollkommen geschlossen, so daß es gar nicht mehr aus den Stichkanälen blutet. Dann wird der Uterus an den Fäden in die Höhe gehoben und überall von Blut gesäubert. Entfernung der Tücher. Reposition des Uterus in die Bauchhöhle. Entfernung des Billrotbattistes. Peritoneal- und Bauchnaht.

Macht man die Operation in Rückenlage der Kreißenden, so wird der Uterus mit seinem Fundus auf die Oberschenkel gelegt, nachdem diese mit sterilen Tüchern bedeck sind.

Durch Anwendung des queren Schnittes mit den geschilderten Sicherheitsmaßregeln ist ziemlich sicher anzunehmen, daß Eintritt von Uterusinhalt in die Bauchhöhle vermieden werden kann. Ist das untere Uterinsegment stark gedehnt, steht der Kontraktionsring etwa in Nabelhöhe, so wendet Veit zwar die Anklemmung des Peritoneums des unteren Uterinsegmentes an, verargt es aber niemand, wenn er statt dessen stets den Fundalschnitt vorzieht.

E. Opitz sieht die Hauptbedingung für einen guten Ausgang bei infizierten Fällen nicht bloß darin, daß das Hineinfließen von Blut und Fruchtwasser in die Bauchhöhle nach Möglichkeit vermieden wird, sondern vor allem darin, daß die Uteruswunde nicht infiziert wird, und die in

die Bauchhöhle zurückgebrachte infizierte Wunde nun die Peritonealhöhle weiter infizieren kann. Er ist deshalb durchaus für den suprasymphysären Kaiserschnitt, jedoch mit einigen Modifikationen, durch welche er leichteres und schnelleres Operieren unter Schaffung einer nur kleinen Bindegewebswunde zu erreichen glaubt. Nach einem an der Symphyse beginnenden Längsschnitt wird das Peritoneum eröffnet und über die Wundränder hinübergezogen und steriler Billrotbattist eingelegt. In Beckenhochlagerung wird nun die Bauchhöhle durch doppelte Lagen von Bauchtüchern abgestopft und das Peritoneum etwa 6 cm weit an der Vorderwand der Cervix dicht über der Blase quer indiziert. Die Blase wird nun nach unten bis zur Scheide abgeschoben und der obere Peritoneallappen von der Uteruswand abgelöst, bis ein etwa 12 cm langes Stück der vorderen, Cervix- bezw. Uteruswand freiliegt. Der Uterus wird nun in der Mittellinie eröffnet.

Bei Infektionsverdacht wird nach beendeter Geburt die

Bei Infektionsverdacht wird nach beendeter Geburt die

Scheide dicht an der Cervix eröffnet und ein Gazestreifen ausgebreitet wird.

Polano sucht die seiner Ansicht nach allen bisherigen Methoden anhaftenden Nachteile (große technische Schwierigkeiten, vielfach großer Blutverlust infolge Unmöglichkeit der Kompression, Schwierigkeit bei der Entwicklung des Kindes, leichte Infizierbarkeit der Bindegewebswunde) dadurch zu vermeiden, daß er den Uterus an dem tiefsten Punkte seiner Rückwand abdominal eröffnet, ein Verfahren, welches er sectio caesarea cervicalis posterior nennt. Die Technik ist folgende: Eröffnung der Bauchhöhle wie beim klassischen Kaiserschnitt in mäßiger Beckenhochlagerung. Ein möglichst weiches Handtuch kommt auf die Därme und in den Douglas, der obere Wundwinkel in der Nabelgegend wird mittels Hakenzangen zugeklemmt, ein anderes Handtuch umwickelt den Uterus und sichert seine Vorderfläche vor Berührung mit der Haut

der regio pubica. Möglichst starke Luxation des Uterus über die Symphyse, sagittaler Schnitt über den sich deutlich markierenden vorliegenden Teil bei Geradlagen, über den gut erreichbaren tiefsten Cervixabschnitt bei Querlagen. Nach Erledigung der Geburt bei reinen Fällen zweifache Catgutetagennaht des Uterusschnittes, bei unreinen Fällen eine einfache durchgreifende Catgutnaht im tiefsten douglaswärts gelegenen Pol des Schnittes; zweifache Catgutetagennaht durch den Cervixlängsschnitt mit Offenlassen eines Raumes zur Durchleitung von Drains, welche am 5. Tage nach der Operation entfernt werden. Nach Reinigung der Wundhöhle Bauchdeckennaht.

In der Frauenklinik zu Halle sind seit Januar 1908 folgende Kaiserschnittsfälle vorgekommen:

1. Frau Hagemeier, 31 J., 4. Schwangerschaft.

Anzeige zur Hilfe: Relative Indikation wegen engen Beckens im Interesse des Kindes.

(Spin. 27, Crist. 29, Troch. 34, Conjug. ext. 18, diag. 9¼, vera 7,5). Temp. 36,1. Geburtsdauer vor der Operation 11 Std. 30 Min.

23. I. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.) Längsinzision der Bauchdecken in der Linea alba bis zum Nabel. Eröffnung des pariet. und visz. Perit. in der Längsrichtung. Abpräparieren des visz. vom unteren Uterinsegment. Abschluß der Bauchhöhle durch Vereinigung der beiden Peritonealblätter durch lange Klemmen. Längsinzision des vom Perit. befreiten Uterusabschnittes. Extraktion des Kindes.

Die Abklemmung hatte bis auf eine kleine Stelle im oberen Wundwinkel gehalten.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

2. Frau A. Hauffe, 25 J., 2. Schwangerschaft.

Enges Becken.

(Spin. 24, Crist. 26, Troch. 31, Conjug. ext. 17¾, diag. 9½, doppelter Promont.)

Alter der Frucht: 36. Woche. Geburtsdauer vor der Operation 6 Stunden.

9. III. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.) wie bei 1. Vereinigung der beiden Peritonealblätter durch fortlaufende Catgutnaht, welche gut hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Dr. Fromme.

3. Frau L. Weise, 30 J., 5. Schwangerschaft.

1. P. Zange, Kind lebt. 2. P. Perforat. 3. P. künstl. Frühgeburt, Kind lebt. 4. P. künstl. Frühgeburt, Kind tot.

Enges Becken.

(Spin. 24, Crist. 25¾, Troch. 31, Conjug. ext. 17¾, diag. 10½, doppelt. Promont.) Geburtsdauer vor der Operation 10¼ Std.

28. III. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit, wie bei 1. Vereinigung der beiden Peritonealblätter durch fortlaufende Catgutnaht, welche gut hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Dr. Fromme.

4. Frl. A. Truckenbrodt, 33 J., 2. Schwangerschaft.

1. P. Perfor.

Enges Becken.

(Spin. 24, Crist. 26, Troch. 26, Conjug. ext. 17,5, diag. 10,5.)

Alter der Frucht: 40. Woche.

Temp. 38,8, Puls 126. Geburtsdauer vor der Operation 17 Std.

17. IV. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.) Das untere Uterinsegment noch gar nicht gedehnt. Infolgedessen steht am Uterus kein verschiebliches Perit. zur Vernähung mit d. pariet. zur Verfügung. Es muß das unverschiebliche Perit. des Uteruskörpers in einiger

Ausdehnung abpräpariert werden, um es mit dem Perit. der Bauchwand vernähen zu können. Ferner läßt sich der Uteruslängsschnitt nicht ganz in die Mittellinie verlegen, da der Uterus sehr stark nach rechts rotiert ist. Schnitt also nahe dem linken Rande. Asphyxie der Patientin. Künstl. Atmung. Extrakt. des tief asphykt. Kindes.

Bei der Lösung der die beiden Peritonealblätter vereinigenden Naht zeigt sich, daß dieselbe nicht ganz gehalten hat, wodurch etwas Blut in die Bauchhöhle gelangt war, welches sorgfältig ausgetupft wurde.

18. IV. Temp. 38,5, Puls 120. Zunge trocken, Leib mäßig aufgetrieben.

19. IV. Leib mehr aufgetrieben, sonst unverändert.

21. IV. Verbandwechsel, es entleert sich stinkendes dünnflüssiges Sekret.

23. IV. Exitus. (Allgem. Peritonitis und Bauchdeckenphlegmone.) Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

5. Frau M. Krause, 27 J., 3. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Perforat.

Allgem. verengtes rach. Becken.

(Spin. 25½, Crist. 26¼, Troch. 30, Conjug. ext. 16¾, diag. 9, vera 7½.)

Geburtsdauer vor der Operation 3½ Std.

1. V. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Kein Fieber vor der Operation.

3. V. Temp. 38,4. Von da ab ungestörtes Wochenbett. Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

6. Frau S. Müller, 30 J., 4. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Perforat. 3. P. Kaiserschnitt.

Enges Becken.

(Spin. 27, Crist. 28, Troch. 33, Conjug. ext. 17½, diag. 8,5.)

Kein Fieber. Geburtsdauer vor der Operation 6½ Std.

19. VII. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Lumbalanästhesie.) Vereinigung der beiden Peritonealblätter durch Zwirnknopfnähte, welche gut hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

7. Frl. B. Gillmeister, 19 J., 1. Schwangerschaft.

Allgem. verengtes Becken.

(Spin. 24½, Crist. 25½, Troch. 27½, Conjug. ext. 16, diag. 9½.)

Geburtsdauer vor der Operation 13½ Std.

5. VIII. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Lumbalanästhesie.) Vereinigung der Peritonealblätter durch Klemmen, welche gut hielt. Kind tief asphyktisch, stirbt nach ¾ Std.

Ungestörtes Wochenbett.

Operateur: Geh. R. Veit.

8. Frl. K. Strödicke, 1. Schwangerschaft.

Drohende Uterusruptur wegen Geburtsunmöglichkeit durch Adnextumor. Geburtsdauer vor der Operation 7 Std.

2. XII. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Lumbalanästhesie mit Stovain.)

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche an einer Stelle nicht ganz hielt, wodurch etwas Blut und Mekonium in die Bauchhöhle gelangte, das sorgfältig ausgetupft wurde.

Höchste Temp. 38,8. Kind, wenig lebensfähig, stirbt nach 9 Tagen.

Operateur: Geh. R. Veit.

9. Frl. J. Siebert, 2. Schwangerschaft.

1. P. Perforat.

Rach. plattes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 7¾ Std.

9. XII. 08. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.) Vereinigung der beiden Peritonealblätter durch Knopfnähte, welche gut hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

10. Frl. A. Pfannenschmidt, 21 J., 2. Schwangerschaft.

1. P. Perforat.

Rach. plattes Becken mit allgem. Verengerung.

(Spin. 25½, Crist. 27, Troch. 30½, Conjug. ext. 17, diag. 9½.)

Geburtsdauer vor der Operation 5¼ Std.

14. XII. 08. Sectio caesarea, angefangen nach Sellheim I, fortgesetzt und zu Ende geführt nach Frank-Veit. Von einer Grenze zwischen Blase und Peritonealfalte ist nichts zu sehen. Vorsichtiges Abpräparieren des Perit. von der Blase. Das Perit. reißt ein, und nun wird es ganz eröffnet, indem auf die Ausführung des Kaiserschnittes nach Sellheim verzichtet wird.

Klemmenvereinigung der Peritonealblätter, welche an einer Stelle nicht ganz hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

11. Frau M. Zech, 26 J., 3. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Perforat.

Geburtsdauer vor der Operation 4 Std.

Rach. plattes Becken mit allgem. Verengerung.

14. I. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Lumbalanästhesie mit Stovain.)

Vereinigung der Peritonealblätter durch Naht.

Höchste Temp. am 9. Tag. 39,2. Leib war immer weich.

Genesung; Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

12. Frl. K. Schulze, 22. J., 1. Schwangerschaft.

Rach. plattes Becken. Kontraktionsring von links oben nach rechts unten.

Geburtsdauer vor der Operation 18¼ Std.

18. I. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.)

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche gut hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

13. Frl. A. Eichelmann, 19 J., 1. Schwangerschaft.

Enges Becken. Herztöne des Kindes sehr schlecht.

22. I. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter mit je einer Naht an den Schnittenden. Extraktion des tief asphykt. Kindes gelingt nur sehr schwer, das Perit. reißt dabei ein, das Kind erholt sich nicht.

Genesung der Patientin.

Operateur: Geh. R. Veit.

14. Frau A. Fügener, 34 J., 1. Schwangerschaft.

Allgemein gleichmäßig verengtes Becken. Scheitelbeineinstellung.

Geburtsdauer vor der Operation 17 Std.

31. I. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche gut hielt.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

15. Frau M. Talar, 28 J., 1. Schwangerschaft.

Eingeliefert wegen Eklampsie. (6 Krampfanfälle vor der Operation.) Alter der Frucht: 9. bis Anfang 10. Monat.

Enges Becken.

6. II. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Nach der Operation 3 mal 0,02 g Morphium.
Am Tage nach der Operation noch Bewußtlosigkeit.
Bis zum 9. Tag geringe Temperaturerhöhungen.
Patientin genesen. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

16. Frl. M. Drechsler, 25 J., 2. Schwangerschaft.
1. P. Chorea in der Gravidität; Kind tot.
Einfach plattes Becken.
(Spin. 26, Crist. 28, Troch. 31, Conjug. ext. 17, diag. 9½.)
Alter der Frucht: 23. Woche.
Chorea.
9. II. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.
Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche gut hielt. Im Wochenbett Pneumonie.
Patientin genesen; Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

17. Frl. M. Pfordte, 21 J., 1. Schwangerschaft.
Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 45 Std.
Kindliche Herztöne schlecht.
18. II. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Lumbalanästhesie mit 2 ccm Stovain.)
Nach Bauchdesinfektion klagt Patientin über Unwohlsein und heftige Atemnot, sie wird rasch zyanotisch, es tritt bald Atemstillstand ein. Exitus.
Kaiserschnitt an der Toten. Kind lebt.
Sektionsbefund: Stovainvergiftung.
Operateur: Geh. R. Veit.

18. Frl. B. Dathe, 27 J., 1. Schwangerschaft.
Skoliotisch schräg verengtes Becken.
(Spin. 24½, Crist. 26, Troch. 27½, Conjug. ext. 16, diag. 10¼.)

Sehr starker Hängeleib. Bei der inneren Untersuchung findet man die Symphyse nach rechts, das Promont. nach links verlagert. Temp. 37,1. Geburtsdauer vor der Operation 50 Std.

12. IV. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Nach Extraktion des Kindes starke Blutung. Klemmenvereinigung der Peritonealblätter, welche gut hielt. Kind lebt. Geringe Bauchdeckeneiterung im oberen Wundwinkel; deshalb in die sept. Stat. verlegt. Dort an Nephritis parenchymatosa gestorben.

Operateur: Dr. Fromme.

19. Frau E. Zacke, 34 J., 6. Schwangerschaft.

1.—5. P. spontan. Enges Becken.

Geburtsdauer vor der Operation 6¾ Std.

14. 4. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit wegen Schlechterwerden der kindl. Herztöne. Die Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter hielt gut.

Ungestörtes Wochenbett, lebendes Kind.

Operateur: Dr. Fromme.

20. Frau K. Henzel, 5. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. künstl. Frühgeburt, Kind tot. 3. P. Pubotomie. 4. P.?

Steißlage, enges Becken.

5. V. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter hielt gut.

Ungestörtes Wochenbett, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

21. Frau M. Schieritz, 21 J., 1. Schwangerschaft, kommt kreißend mit Nabelschnurvorfall.

Enges Becken (Conjug. diag. 10¼).

18. V. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Die Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter hielt gut. Bis 4. Tag nach der Operation geringe Temperatursteigerungen (bis 38,4).

Puls war immer gut, Leib weich.

Patientin genesen, Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

22. Frau K. Staufenbiel, 21 J., 1. Schwangerschaft.

Allgemein verengtes Becken.

Geburtsdauer vor der Operation 77¼ Std., deshelb

31. V. 09 Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Beim Abklemmen der Peritonealblätter wird im unteren Wundwinkel kein vollständiger Abschluß erzielt. Das Fruchtwasser stinkt. Bei der Wendung und Extraktion, die nur schwer gelingt, reißt der Peritonealverschluß auch im oberen Wundwinkel. Fruchtwasser und Mekonium kommt in die Bauchhöhle. Kind lebt.

1. VI. Leib aufgetrieben. Puls klein, frequent.

2. VI. Erbrechen.

4. VI. Sekret aus der Scheide enthält hämolytische Coli.

5. VI. Zustand sehr schlecht. Beim Verbandwechsel dringt aus der Wunde schmierige, grüne Flüssigkeit.

Exitus an allgem. Peritonitis.

Operateur: Geh. R. Veit.

23. Frau A. Kresse, 26 J., 4. Schwangerschaft.

1.—3. P. spontan.

Pat. leidet an Phthise. Trotz Bettruhe und größter Pflege ständige Gewichtsabnahme. Immer Fieber in mäßiger Höhe. Deshalb Unterbrechung der Schwangerschaft.

26. VI. 09. Section caesarea nach Veit mit Fundusquerschnitt nach Fritzsch.

In Beckenhochlagerung Schnitt in der Mittellinie von der Symphyse bis zum Nabel und genau so weit über den Nabel hinaus nach oben. Anklemmen des Peritoneums an steril. Billrotbattist zum Schutz der Wundränder. Hervor-

wälzen des Uterus. Schluß der Bauchhöhle durch Klemmen. Einhüllen des Uterus in sterile Tücher. Fundusquerschnitt von einer Tubenecke zur anderen. Entwicklung des Kindes und der Nachgeburt. Naht des Uterus. Blutung steht vollständig. Zwecks Sterilisation Entfernung beider Ovarien. Die Frau, welche schon in desolatem Zustande operiert werden mußte, starb ebenso wie das nicht lebensfähige Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

24. Frau M. Kerting, 24 J., 1. Schwangerschaft.
Wird wegen Eklampsie eingeliefert.
29. VII. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.
Nach der Operation im ganzen noch 8 Anfälle.
Patientin geheilt, Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

25. Frl. Th. Lehmann, 22 J., 1. Schwangerschaft.
Plattes Becken.
(Spin. 23½, Crist. 27½, Troch. 30, Conjug. ext. 18½, diag. 10) doppeltes Promont.

Geburtsdauer vor der Operation 67 Std. Kindl. Herztöne werden schlecht.

17. VIII. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.)

Ungestörtes Wochenbett; Kind lebt.

Operateur: Dr. Fromme.

26. Frau A. Müller, 39 J., 13. Schwangerschaft.

1. u. 2. P. Zange. 3. u. 4. P. Wendung, 5. u. 6. P. Perforat. 7. u. 8. P. Abort. 9. u. 10. P. künstl. Frühgeburt. 11. u. 12. P. Kaiserschnitt.

Allgemein verengtes Becken.

(Spin. 25, Crist. 28, Troch. 30, Conjug. ext. 17, diag. 10½.)

Promont. leicht zu erreichen, Lin. innom. gut abzutasten.

13. IX. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit. (Chloroformnark.) Bauchdeckenschnitt 1,5 cm neben der alten Narbe. Vorderwand des Uterus mit der Bauchwand durch mehrere derbe Stränge verbunden. Wegen der Verwachsungen muß das viszerale Perit. mit der Schere abgelöst werden. Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche gut hält.

Ungestörtes Wochenbett, Kind lebt.

Operateur: Dr. Fromme.

27. Frau E. Konrad, 25 J., 1. Schwangerschaft.

Allgemein gleichmäßig verengtes Becken. Hinterscheitelbeineinstellung. Sehr starker Hängebauch. Geburtsdauer vor der Operation 89 Std.

6. X. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter. Um ein größeres Operationsfeld zu erhalten Einkerbung des Perit. nach beiden Seiten. Im oberen Wundwinkel geringe Eiterung. Höchste Temp. 39,4.

Heilung, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

28. Frau S. Müller, 31 J., 5. Schwangerschaft.

1. u. 2. P. Perforat. 3. u. 4. P. Kaiserschnitt (siehe Fall 6).

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 13¼ Std.

4. XI. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Einige Verwachsungsstränge zwischen Uterus und Buchwand. Geringe Eiterung einiger Stichkanäle.

Genesung, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

29. Frl. M. Böhle, 24 J., 1. Schwangerschaft.

Rach. Zwergwuchs. Größe 118,5 cm.

(Spin. 21, Crist. 22, Troch. 29½, Conjug. ext. 15½, diag. 8½.)

Zwergbecken. Geburtsdauer vor der Operation 5 Std.

16. XII. 09. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Ungestörtes Wochenbett, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

30. Frl. J. Trojahn, 28 J., 4. Schwangerschaft.

1. u. 2. P. Perforat. 3. P. Kaiserschnitt.

Allgemein verengtes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 13½ Std.

(Spin. 24, Crist. 25½, Troch. 28½, Conjug. ext. 18½, diag. 10½.)

13. I. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Schnitt in der alten Narbe. Kleine Stränge zwischen Uterus und Bauchwand. Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche gut hielt.

Am 9. Tag 39,6. Genesung, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

31. Frau K. Tabarelli, 26 J., 3. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Steißlage, Kind tot.

Allgemein verengtes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 14½ Std.

1. II. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche im oberen Wundwinkel nicht ganz gehalten hat. Höchste Temp. 38,8.

Genesung, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

32. Frau L. Laxner, 28 J., 3. Schwangerschaft.

1. u. 2. P. Perforat.

Rach. plattes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 1 Std.

1. VI. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter, welche gut hielt.

Pat. bekam im Wochenbett angina und bronchitis.

Höchste Temp. 39,9. Genesung, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

33. Frl. Anna Krüger, 20 J., 1. Schwangerschaft.

Hochgradig platt rach. Becken. Geburtsdauer vor der Operation 3¼ Std.

(Spin. 26½, Crist. 27¼, Troch. 33, Conjug. ext. 17½, diag. 8½.)

19. VI. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Leichte perit. Reizung. Heilung. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

34. Frau A. Stein, 27 J., 3. Schwangerschaft.

1. u. 2. P. Perforat.

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 9½ Std.

21. 8. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Klemmenvereinigung der beiden Peritonealblätter mit je einer Naht an den Schnitträndern.

Geringe Temperatursteigerung. Kind lebt.

Operateur: Dr. Fromme.

35. Frau H. Döhler, 25 J., 3. Schwangerschaft.

1. P. Zange. 2. P. Kaiserschnitt.

Allgemein verengtes rach. plattes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 3¼ Std.

30. VIII. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Fromme.

36. Frau Winzel, 28 J., 5. Schwangerschaft.

Pat. kommt kreißend mit Perforat. des hinteren Scheidengewölbes. Vorfall von Dünndarmschlingen.

Leib aufgetrieben. Temp. 37,4, Puls 96.

9. IX. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit mit Exstirpation des Uterus.

Höchste Temperatur im Wochenbett 38,4. Lebendes Kind. Es war keine Abklemmung der Peritonealblätter vorgenommen worden.

Operateur: Geh. R. Veit.

37. Frau E. Koblisch, 36 J., 8. Schwangerschaft.

1. bis 7. P. spontan. Pat. leidet an Carcinom der Cervix.

1. X. 10. Sectio caesarea nach Veit mit Hervorwälzen des Uterus, temporärem Schluß der Bauchhöhle und Fundusläng sschnitt.

Genesung. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

38. Frau B. Wicht, 25 J., 2. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 21 Std.

2. X. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Geringe Temperatursteigerung im Wochenbett. Genesung, lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

39. Frau K. Hensel, 28 J., 6. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Frühgeburt, Kind tot. 3. P. Pubotomie. 4. P.? 5. P. Kaiserschnitt. (Siehe Fall 20.)

Rach. plattes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 12½ Std.

22. X. 10. Sectio caesarea nach Frank-Veit.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

40. Frau J. Pätzold, 25 J., 2. Schwangerschaft.
1. P. spontan.
Kommt kreißend mit drohender Uterusruptur.
23. XI. 10. Sectio caesarea nach Frank.
Das Peritoneum wird quer gespalten. Bei der Wendung, die nur schwer gelingt, reißt das Peritoneum am oberen Wundwinkel ein.
Es wäre besser gewesen, das Peritoneum längs zu spalten und seitlich einzukerben. (Geh. R. Veit.)
Höchste Temp. im Wochenbett: 38,4.
Genesung, lebendes Kind.
Operateur: Geh. R. Veit.

41. Frl. Lina Plötzke, 1. Schwangerschaft.
Allgemein verengtes Becken. Hinterscheitelbeineinstellung. Geburtsdauer vor der Operation: 144 Std.
31. XII. 10. Sectio caesarea nach Frank.
Bei der Extraktion reißt das Perit. oben ein.
Höchste Temp. im Wochenbett: 38,7.
Heilung. Lebendes Kind.
Operateur: Geh. R. Veit.

42. Frau M. Krug, 28 J., 1. Schwangerschaft.
Assimilationsbecken (rechtsseitig schräg verengt).
Geburtsdauer vor der Operation: 46½ Std.
12. I. 11. Sectio caesarea nach Frank.
Im Wochenbett Temperatursteigerungen bis 38,2.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

43. Frl. J. Kain, 18 J., 1. Schwangerschaft.
I. Stirnlage. Kindl. Herztöne schlecht. Geburtsdauer vor der Operation: 47½ Std.
6. II. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt nach Fritsch.

Kind Spina bifida. Die Meningen platzen während der Entwicklung. Kind tot. Pat. im Wochenbett Temperatursteigerungen bis 38,7. Heilung.

Operateur: Geh. R. Veit.

44. Frl. E. Leisker, 25 J., 1. Schwangerschaft.
Ungleichmäßig plattverengtes Becken.
(Spin. 25, Crist. 26½, Conjug. diag. 9¼.)
Geburtsdauer vor der Operation: 4 Std.
11. III. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt nach Fritsch.
Hervorwälzen des Uterus, tempor. Schluß der Bauchhöhle. Im Wochenbett Temperatursteigerungen bis 38,5. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

45. Frl. B. Schmidt, 37 J., 1. Schwangerschaft.
16. III. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt nach Fritsch, wegen Nichteintreten des Kopfes infolge Kyphoskoliose.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,2. Genesung. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

46. Frau A. Schönstedt, 28 J., 3. Schwangerschaft.
1. u. 2. P. Perforat. Plattverengtes Becken.
Geburtsdauer vor der Operation: 8½ Std.
15. IV. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt nach Fritsch.
Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.
Operateur: Geh. R. Veit.

47. Frau A. Knöchel, 27 J., 1. Schwangerschaft.
15. IV. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt wegen vagin. septa.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

48. Frl. E. Martin, 1. Schwangerschaft.

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 10 Std.

30. IV. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

49. Frl. L. Lorenz, 21 J., 1. Schwangerschaft.

Allgemein gleichmäßig verengtes Becken.

Geburtsdauer vor der Operation: 26 Std.

1. VI. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Heynemann.

50. Frau K. Krause, 24 J., 1. Schwangerschaft.

Allgemein gleichmäßig verengtes Becken. Geburtsdauer vor der Operation: 20 Std. Drohende Uterusruptur.

1. VI. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 39,3.

Genesung. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Beyer.

51. Frau F. Adam, 3. Schwangerschaft.

1. P. Kaiserschnitt. 2. P. Abort.

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 3 Std.

12. VIII. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,7.

Heilung. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

52. Frau B. Tennstedt, 2. Schwangerschaft.

1. P. Abort.

Allgemein verengtes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 96 Std.

19. VIII. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38. Kind lebt.

Operateur: Dr. Heynemann.

53. Frau F. Täsch, 4. Schwangerschaft.

1. u. 2. P. Perforat. 3. P. Wendung.

Allgemein ungleichmäßig verengtes Becken.

29. VIII. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Kind stirbt am 5. Tag.

Sektionsbefund: Linke Nebenniere und Milz sehr stark vergrößert.

Operateur: Dr. Heynemann.

54. Frau J. Rössler, 27 J., 1. Schwangerschaft.

Allgemein ungleichmäßig verengtes Becken.

7. IX. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 388. Kind lebt.

Operateur: Dr. Heynemann.

55. Frau M. Müller, 4. Schwangerschaft.

1. P. Zange, Kind tot. 2. P. Perforation. 3. P. Totgeburt.

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 4½ Std.

7. IX. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Heynemann.

56. Frau M. Schieritz, 2. Schwangerschaft.

1. P. Kaiserschnitt wegen allgemein verengtem Becken, (siehe Fall 21). Geburtsdauer vor der Operation 7¼ Std.

28. IX. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Beyer.

57. Frl. M. Amme, 1. Schwangerschaft.

Dermoid des r. Ovariums als Geburtshindernis.

30. IX. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

58. Frau A. Heinrich, 4. Schwangerschaft.

1. P. Wendung, Kind tot. 2. P. Zange, Kind tot. 3. P. Perforat.

Allgemein ungleichmäßig verengtes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 18¼ Std.

2. X. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,1.

Heilung. Kind lebt.

Operateur: Geh. R. Veit.

59. Frau M. Erfurt, 5. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Wendung, Kind tot. 3. u. 4. P. Wendung, Kind tot.

Allgemein verengtes und rach. Becken.

21. X. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,1.

Heilung. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

60. Frau J. Siebert, 3. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. Kaiserschnitt (siehe Fall 9).

16. XI. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Zwillinge. Mutter leidet an Lues secundaria. Knabe tot. Mädchen stirbt am 4. Tag an Unterernährung.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 41. Heilung.

Operateur: Dr. Heynemann.

61. Frl. A. Preisigke, 1. Schwangerschaft.

Pat. kommt in desolatem Zustande zur Operation. Sie leidet an Meningitis tub. basilaris.

20. XI. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Patientin stirbt. Kind tot.

Operateur: Geh. R. Veit.

62. Frau E. Max, 4. Schwangerschaft.

1. P. Totgeburt. 2. P. Perforat. 3. P. Kaiserschnitt (1906).

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 14½ Std.

9. XII. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt. Am Uterus adhärente Darmschlingen müssen scharf gelöst werden.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Heynemann.

63. Frau K. Hensel, 30 J., 7. Schwangerschaft.

1. P. Perforat. 2. P. künstliche Frühgeburt, Kind tot. 3. Pubotomie. 4. P. ? 5. P. Kaiserschnitt (siehe Fall 20). 6. P. Kaiserschnitt (siehe Fall 39).

27. XII. 11. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Heynemann.

64. Frau M. Hipko, 31 J., 2. Schwangerschaft.
1. P. Abort.
Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 125 Std.
6. I. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,9.
Heilung. Lebendes Kind.
Operateur: Dr. Heynemann.

65. Frau L. Böttcher, 5. Schwangerschaft.
Enges Becken. Hinterscheitelbeineinstellung.
Geburtsdauer vor der Operation 11½ Std.
26. I. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.
Operateur: Geh. R. Veit.

66. Frau E. Wachsmuth, 3. Schwangerschaft.
1. P. Totgeburt. 2. P. Perforat.
Enges Becken und Nabelschnurvorfall. Geburtsdauer vor der Operation 22 Std.
2. III. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,3. Lebendes Kind.
Operateur: Dr. Heynemann.

67. Frau M. Jockel.
Querlage bei engem Becken. Geburtsdauer vor der Operation 6½ Std.
5. III. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 39,1. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

68. Frau E. Jankowski, 1. Schwangerschaft.
Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 47½ Std.
2. IV. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.
Operateur: Geh. R. Veit.

69. Frl. G. Obst, 24 J., 1. Schwangerschaft.
Kommt kreißend mit Eklampsie.
20. V. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,2.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Dr. Heynemann.

70. Frl. O. Bürger, 22 J., 2. Schwangerschaft.
1. P. Perforat.
Drohende Uterusruptur (18stündige Geburtsdauer).
9. VII. 12. Sectio caesarea nach Frank-Veit.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,7.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Dr. Mirauer.

71. Frl. A. Schatte, 1. Schwangerschaft.
Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 14 Std.
9. VII. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.
Operateur: Geh. R. Veit.

72. Frau A. Fügener, 38 J., 2. Schwangerschaft.
1. P. Kaiserschnitt (siehe Fall 14).
19. VII. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,8. Lebendes Kind.

Operateur: Dr. Heynemann.

73. Frau M. Hübner, 36 J., 10. Schwangerschaft.

Hinterscheitelbeineinstellung. Uterusruptur.

Kind wird durch die rupturierte Stelle entwickelt.

Exstirpation des Uterus nach Porro.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 39. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

74. Frau M. Syring, 27 J., 1. Schwangerschaft.

Rach. plattes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 35½ Std.

22. VII. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,2.

Heilung. Kind tief asphyktisch, stirbt.

Operateur: Geh. R. Veit.

75. Frau A. Minsel, 29 J., 3. Schwangerschaft.

1. P. Zange, Kind tot. 2. P. Zange, Kind tot.

Enges Becken. Geburtsdauer vor der Operation 24½ Std.

13. VIII. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Ungestörtes Wochenbett. Lebendes Kind.

Operateur: Geh. R. Veit.

76. Frau H. Schaller, 25 J., 2. Schwangerschaft.

1. P. Kaiserschnitt 1907.

Plattrach. und allgemein verengtes Becken.

14. IX. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,1.

Heilung. Kind lebt.
Operateur: Dr. Heynemann.

77. Frl. H. Nagel, 18 J., 1. Schwangerschaft.
Geburtsdauer vor der Operation 47 Std.
Drohende Uterusruptur verursacht durch Geburtsunmöglichkeit wegen Adnextumors.
5. X. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 39,4.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

78. Frau F. Sempe, 25 J., 5. Schwangerschaft.
1. P. Zange. 2.—4. P. spontan.
Geburtsstillstand bei engem Becken. Geburtsdauer vor der Operation 19½ Std.
19. X. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,5.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

79. Frau E. Seidler, 38 J., 5. Schwangerschaft.
1. P. Zange. 2. P. Abort. 3. P. Zange, Kind tot. 4, P. Wendung, Kind tot.
Rach. gradverengtes Becken. Geburtsdauer vor der Operation 2½ Std.
10. XI. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,8.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

80. Frl. J. Trojahn, 30 J., 5. Schwangerschaft.
1. P. Perforat. 2. P. Perforat. 3. P. Kaiserschnitt.

4. P. Kaiserschnitt (siehe Fall 30).
Geburtsdauer vor der Operation 4 Std.
23. XI. 12. Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Ungestörtes Wochenbett. Kind lebt.
Operateur: Geh. R. Veit.

81. Frau H. Klenner, 26 J., 3. Schwangerschaft.
1. P. spontane Totgeburt. 2. P. Zange, Kind tot.
Rach. plattes Becken.
Geburtsdauer vor der Operation 7 Std.
Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,2.
Heilung. Kind lebt.
Operateur: Dr. Heynemann.

82. Frau Schröder.
Kommt mit inoperablem Cervixkarzinom in die Klinik. Stirbt nach der Entbindung durch Sectio caesarea nach Veit.

83. Frau O. Fachmann, 27 J., 4. Schwangerschaft.
1. P. Pubotomie. 2. P. spontan. 3. P. Zange.
Rach. enges Becken. Kindl. Herztöne nur noch schwach hörbar.
Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Ungestörtes Wochenbett. Kind tief asphyktisch, stirbt.
Operateur: Geh. R. Veit.

84. Frl. Emma Schmidt, 22 J., 1. Schwangerschaft.
Temp. 37,3, Puls 112.
Allgemein ungleichmäßig verengtes Becken.
Linksseitiger apfelgroßer Ovarialtumor.
Stillstand der Geburt. Kindliche Herztöne werden schlechter.
Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.
Höchste Temperatur im Wochenbett: 39,9.

Heilung. Kind lebt.

Operateur: Dr. Heynemann.

85. Frau E. Wilde, 29 J., 4. Schwangerschaft.

1. P. spontan (Kind tot). 2. P. spontan. 3. P. Zange. Ungleichmäßig verengtes Becken.

Geburtsstillstand. Geburtsdauer vor der Operation 72 Std.

Sectio caesarea nach Veit mit querem Fundusschnitt.

Höchste Temperatur im Wochenbett: 38,3. Kind lebt.

Operateur: Dr. Heynemann.

Von diesen 85 Kaiserschnitten ist 41 mal der Kaiserschnitt nach Frank mit der Modifikation nach Veit gemacht worden. Ungefähr ebensoviel mal (43 mal) ist nach Veit operiert worden: In Beckenhochlagerung, Hervorwälzen des Uterus, temporärer Schluß der Bauchhöhle und querer Fundusschnitt nach Fritsch, (1 mal ist korporeale Längsinzision gemacht worden). 1 mal ist nach Porro operiert worden.

Von den nach Frank operierten Frauen sind 4 gestorben Der eine Todesfall ist indessen nicht der Operationsmethode zuzuschreiben, sondern der Stovainvergiftung bei der Lumbalanästhesie; hier ist der Kaiserschnitt an der Toten gemacht worden mit lebendem Kind. 1 Todesursache ist Lungenödem bei einer kyphoskoliotischen Person. 2 mal ist die Todesursache Peritonitis wegen Einreißens des Peritonealverschlusses; diese beiden Fälle müssen unbedingt der Operationsmethode zur Last gelegt werden: Ein wirklich extraperitoneales Operieren wird durch die Frank'sche Methode häufig nicht erreicht. Von den 41 Fällen hat 10 mal die Abklemmung nicht gehalten; es kam dabei fast immer Blut und Mekonium in der Bauchhöhle, infolgedessen fieberten die vorher fieberfreien Patientinnen mehr oder weniger hoch. Bei der Erwägung nun, daß doch gerade der Frank'sche Kaiserschnitt für

die Fälle mit infiziertem Fruchtwasser gedacht ist, so kann in Anbetracht dessen, daß bei 40 % der Fälle Keime in die Bauchhöhle gelangen, die Prognose keineswegs gut gestellt und die Operationsmethode als ideale bezeichnet werden, zumal bei noch 14 Fällen, wo die Abklemmung gehalten hat, Fieber das Wochenbett störte. 1 mal, wo nach Sellheim operiert wurde, mußte diese Methode wegen Einreißens des Peritoneums aufgegeben und nach Frank weiter operiert werden.

Von den 43 nach Veit operierten Frauen sind 3 gestorben, indessen kamen alle 3 in völlig desolatem Zustande zur Operation: 1 mal wurde bei Meningitis tuberculosa in Agone, 1 mal bei Phthise in Agone, 1 mal bei Uteruskarzinom in dekrepidem Zustande operiert. Diese 3 Fälle können also nicht der Operationsmethode zur Last gelegt werden. Alle übrigen Frauen sind bei meist nur wenig oder gar nicht gestörtem Wochenbett genesen. Es ist deshelb diese Methode besonders in Anbetracht ihrer relativen Einfachheit und Übersichtlichkeit unbedingt der Vorzug vor allen anderen Operationsmethoden, ganz besonders wenn die Operation nicht in der Klinik ausgeführt werden kann, zu geben.

Literatur.

Baumm: Die suprasymphysäre Entbindung. Zentralbl. f. Gynäkol.

Frank: Bericht über suprasymphysäre Entbindung auf der Naturforscherversammlung zu Stuttgart.

—,— Monatsschrift f. Geb. und Gynäkol.

—,— Archiv f. Gynäkol. Bd. 81. Heft 1.

—,— Über suprasymphysären Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 35.

Fromme: Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Berliner klinische Wochenschrift 1908. Nr. 4.

—,— Für den extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 32.

F. A. Kehrer: Über ein modifiziertes Verfahren beim Kaiserschnitt. Archiv f. Gynäkol. Bd. 19.

O. Küstner: Extraperitonealer Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 3.

K. Hartmann: Zur Technik, Anatomie und Indikation der suprasymphysären Entbindung nach Frank. Med. Klinik 1911. Heft 14.

Krönig: Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 35.

Latzko: Der extraperitoneale Kaiserschnitt. Wiener klinische Wochenschrift 1908 und 1909.

W. Liepmann: Zur über Olms'schen Flankenkaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 34.

L. Nürnberger: Zur Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes. Zentralbl. Bd. 33.

E. Opitz: Der extraperitoneale Kaiserschnitt. Zentralbl. Bd. 35.

Peters (Wien): Über Sectio caesarea cervicalis posterior nach Polano. Zentralbl. Bd. 35.

Pfannenstiel: Zur Indikation und Technik des cervikalen Kaiserschnittes. Zentralbl. Bd. 35.

Polano: Sectio caesarea cervicalis posterior. Zentralbl. Bd. 35.

E. Roth: Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentralbl. Bd. 35.

Rubeska: Sectio caesarea cervicalis.

Sellheim: Der extraperitoneale Kaiserschnitt. Zentralbl. Bd. 32.

—,— Die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. Zentralbl. Bd. 32.

—,— Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia. Zentralbl. Bd.

—,— Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt. Zentralbl. Bd. 32.

W. v. Streit: 3 Fälle von suprasymphysärer Entbindung nach Frank. Zentralbl. Bd. 34.

Veit: Kaiserschnitt bei Infektion der Eihöhle.

—,— Zur Technik des Kaiserschnittes. Zentralbl. Bd. 32.

—,— Zur Technik des Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gyn. Jahrgang 1913. Nr. 20.

—,— Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 35.

Lebenslauf.

Ich, Georg Karl Scholz, bin geboren am 2. März 1886 zu Gallenau, Kreis Frankenstein. Von 1896—1906 besuchte ich das Königl. Kath. Gymnasium zu Neiße, wo ich am 10. März 1906 das Abiturientenexamen bestand. Ich studierte darauf Medizin in Greifswald (2 Sem.), Breslau (1 Sem.), Halle, wo ich bis zum Staatsexamen blieb, das ich am 20. Juni 1912 bestand. Ich habe bei folgenden Professoren Kolleg gehört:

in Greifswald:

bei Bonnet, Peters, Auvers;

in Breslau:

bei Hasse, Hürthle, Lummer;

in Halle a. S.:

bei Roux, Bernstein, Gebhard, Eisler, Oppel, Schmidt, Mohr, v. Bramann †, Stieda, Haasler, Veit, Fromme, Heynemann, Denker, v. Hippel, Stöltzner, Grouven, Eberth, Harnack, Schulz, Hoffmann, Anton, Fränken.

Das praktische Jahr leistete ich im Knappschaftskrankenhause Lauchhammer ab. Die Approbation als Arzt erhielt ich am 22. Juni 1913. Das Colloquium bestand ich am 5. Juli 1913.

Am Schluß sage ich allen meinen Lehrern, besonders Herrn Geh. Rat. Veit meinen verbindlichsten Dank.